

# 草津市糖尿病対策ガイドライン (第4期)

令和3年度～令和5年度

草津市

令和3年3月

## 目次

第1章 ガイドラインの策定にあたって	- 1 -
1. 糖尿病対策ガイドライン策定の背景	- 1 -
(1) ガイドライン策定の経緯	- 1 -
(2) 糖尿病をとりまく現状	- 1 -
2. 糖尿病対策ガイドライン(第3期)の評価	- 8 -
(1) 取組の成果と課題	- 8 -
(2) ガイドラインの目標数値と評価	- 11 -
第2章 対策の基本的な方向	- 12 -
1. 草津市糖尿病対策ガイドライン(第4期)の策定について	- 12 -
2. 糖尿病対策の位置づけ	- 12 -
3. 目指す姿と取組の柱	- 14 -
(1) 目指す姿	- 14 -
(2) 取組の4つの柱	- 14 -
4. 糖尿病対策事業の展開	- 16 -
(1) 健康増進・発症予防	- 16 -
(2) 早期発見	- 18 -
(3) 早期対応	- 19 -
(4) 適正治療・重症化予防	- 20 -
5. 推進体制	- 21 -
資料	- 23 -
1. 第3期計画における取組の評価	- 24 -
2. 滋賀県糖尿病地域医療連携指針(参考)	- 26 -
3. ライフステージにおける市事業	- 28 -
4. 生活習慣病・糖尿病・糖尿病合併症の進行	- 28 -
5. 用語解説	- 29 -

# 第1章 ガイドラインの策定にあたって

## 1. 糖尿病対策ガイドライン策定の背景

### (1) ガイドライン策定の経緯

平成22年度に滋賀県国民健康保険団体連合会による「保険医療・介護等総合診断事業」を受けた結果、草津市では国民健康保険と後期高齢者医療保険とを合わせた医療給付状況で、疾病（生活習慣病）別1人当たり医療費が、入院で脳出血、糖尿病性神経障害、脳梗塞の順に高く、外来・調剤では動脈閉塞、糖尿病性神経障害、糖尿病性網膜症、高尿酸血症、糖尿病性腎症の順に高くなっている状況であり、「医療費適正化対策として、特に脳卒中予防と糖尿病重症化予防対策を重点的に取り組む必要がある」との提言を受けました。

そこで平成24年度から関係課で連携して効果的に推進するため、糖尿病対策ガイドラインを作成し、現在に至るまで全庁的な取り組みを行ってきました。また、当市の健康増進計画である健康くさつ21(第2次)において、糖尿病対策について取り組むことを重点施策とし、平成29年に行われた健康くさつ21(第2次)の中間見直しでは、重点施策1にて「糖尿病の発症予防と重症化予防の推進」を掲げ、市民の健康増進とともに医療費の低減にもつながることから、正しい知識の普及や生活習慣の改善に向けた各種の周知啓発をさらに進めること、医療と連携し、健診による疾病の早期発見・早期治療、保健指導の実施率の向上、さらに疾病がある場合には重症化予防に向けての取り組みを進めること等を定め、ガイドラインに基づき、計画的に推進してきました。

### (2) 糖尿病をとりまく現状

#### 1) 国の糖尿病の実際について

平成30年の厚生労働省「国民健康・栄養調査」によると、「糖尿病が強く疑われる者」の割合は、13.1%であり、男性18.7%、女性9.3%となっています。「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合は15.8%であり、男性14.8%、女性16.5%です。

令和2年9月末日の草津市住民基本台帳によると、20歳以上のものは約109,000人であり、ここから「糖尿病が強く疑われる人」は男女合わせて約14,000人と推測されます。「糖尿病の可能性を否定できない者」も合わせると約31,500人と推測されます。

糖尿病予防啓発キャッチコピー



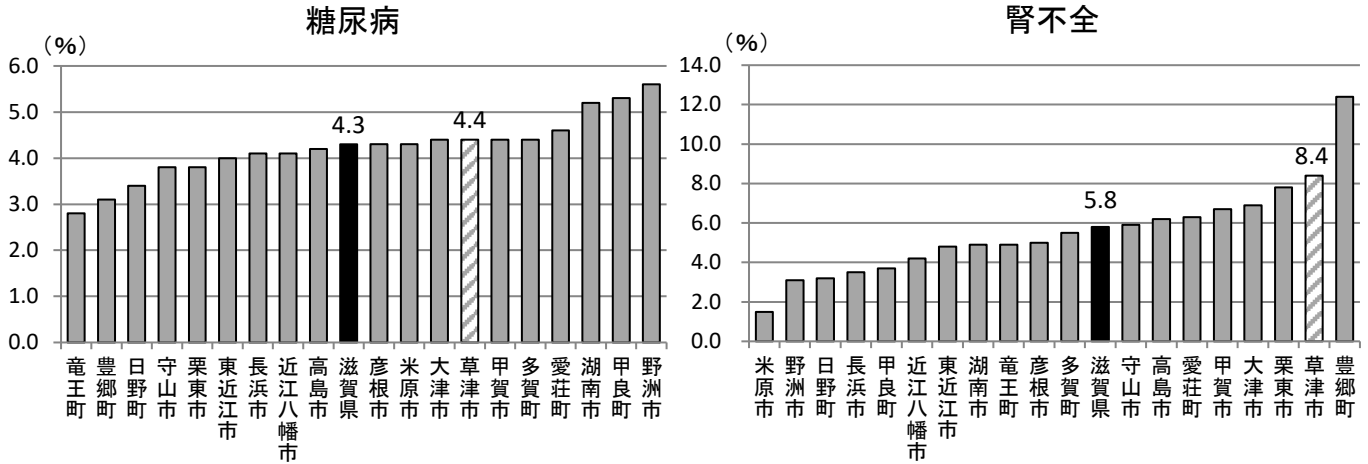
糖尿病啓発用  
『ドクターたび丸』

**糖尿病 なんともないと 見すごすな**

～糖尿病は無症状で進行します 生活習慣を見直しましょう～

## 2) 国民健康保険被保険者の40～74歳令和元年度5月診療分総医療費における疾患別医療費の割合

糖尿病と腎不全にかかる医療費の総医療費における割合を県内他市と比較したところ、糖尿病および腎不全とも県内でも高い割合を示しています。令和元年5月診療分の腎不全については、草津市は県内で2番目に高い現状にあります。



(健康管理施策立案のための基礎資料集 令和元年5月診療分(滋賀県国民健康保険団体連合会))

## 3) 国民健康保険被保険者の生活習慣病の状況

国民健康保険被保険者の細小分類の疾患別医療費の割合では、入院・外来ともに「慢性腎臓病(透析あり)」が第1位となっています。また、外来において、「慢性腎臓病(透析有り)・糖尿病・高血圧症」を合わせると外来医療費の約23%を占めています。

草津市 細小分類別疾患ごとの医療費の割合 (令和元年度)

### 【入院】

順位	細小分類別疾患	割合
1	慢性腎臓病(透析あり)	7.20%
2	狭心症	4.64%
3	肺がん	4.11%
4	不整脈	4.06%
5	大腸がん	3.04%
6	大動脈瘤	2.68%
7	骨折	2.52%
8	脳梗塞	2.40%
9	統合失調症	2.38%
10	小児科	1.99%

### 【外来】

順位	細小分類別疾患	割合
1	慢性腎臓病(透析あり)	9.56%
2	糖尿病	8.84%
3	高血圧症	5.30%
4	脂質異常症	3.44%
5	不整脈	3.06%
6	小児科	2.65%
7	肺がん	2.37%
8	慢性腎臓病(透析なし)	2.11%
9	大腸がん	2.09%
10	前立腺がん	1.92%

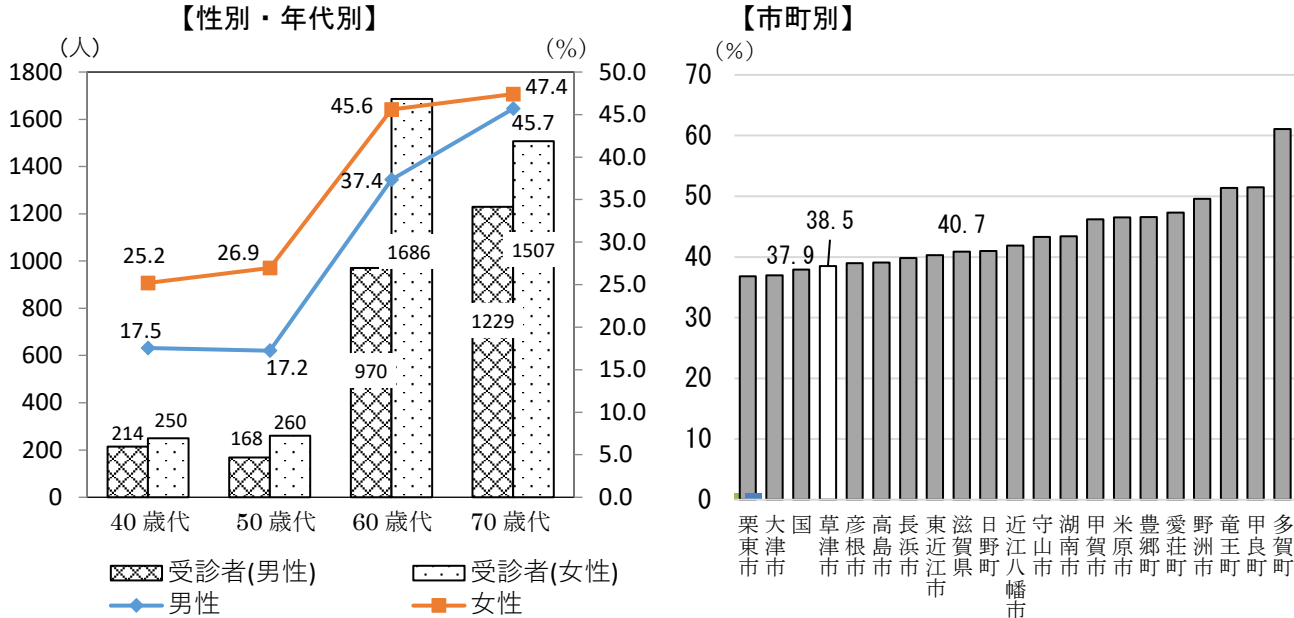
(滋賀県国民健康保険団体連合会提供資料)

※「慢性腎臓病(透析なし)」については、滋賀県26位(0.60%)、全国28位(0.49%)であり、草津市は県・国と比較して占める割合が多い傾向にあります。

#### 4) 国民健康保険特定健康診査の受診率

本市における国民健康保険特定健康診査受診率は、38.5%であり、低年齢層ほど低い状況であり、県内で比較しても低い傾向にあります。

特定健康診査受診率

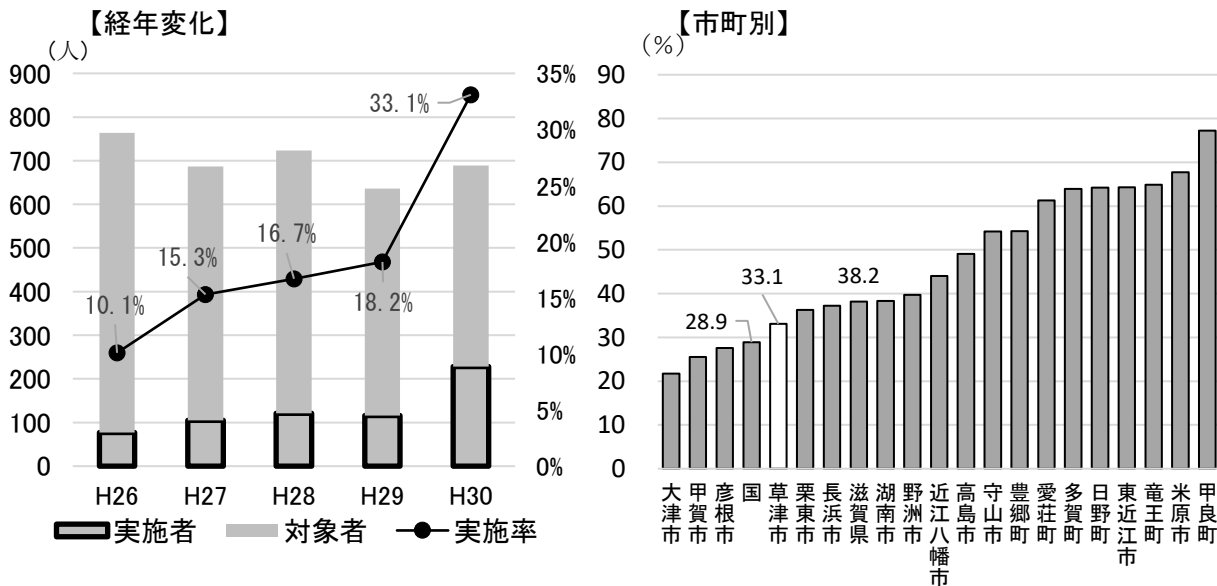


(平成30年度草津市国民健康保険特定健康診査法定報告値および市町村国保特定健康診査等実施状況(公益社団法人国民健康保険中央会))

#### 5) 国民健康保険特定保健指導の実施率

特定保健指導の実施率は、年々増加しているものの、県内においては依然低い実施率である現状にあります。

特定保健指導実施率

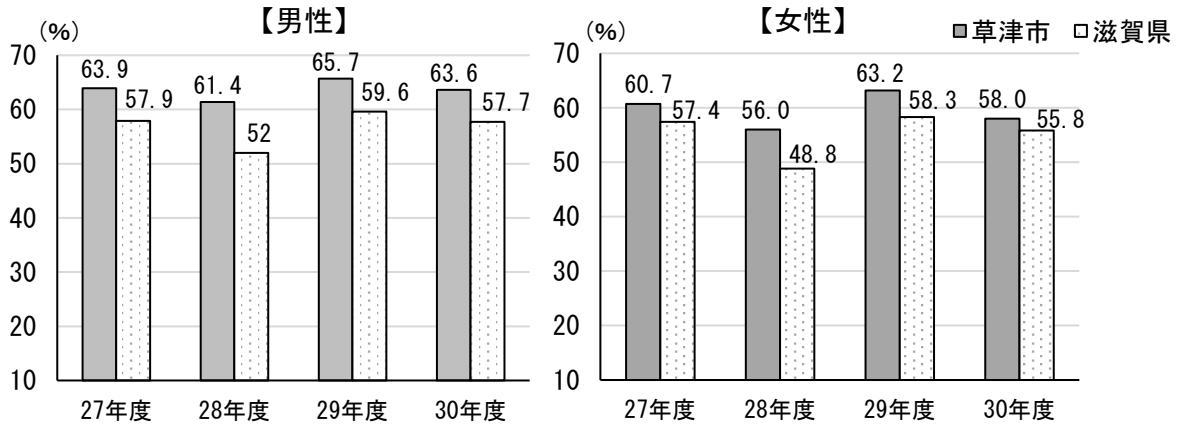


(平成30年度草津市国民健康保険特定健康診査法定報告値および市町村国保特定健康診査等実施状況(公益社団法人国民健康保険中央会))

### 6) 国民健康保険特定健康診査受診者のHbA1c 有所見率

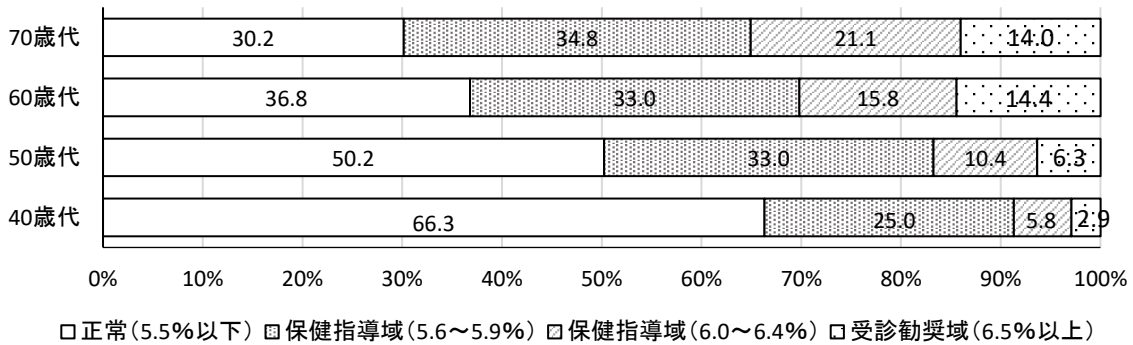
国民健康保険特定健康診査におけるHbA1cは、滋賀県で見ると約半数が有所見者(HbA1c 5.6%以上)となっていますが、本市では男女ともに滋賀県より高い有所見率を示しています。また、令和元年度の特定健診結果による性別・年齢別の有所見者の割合をみると、40歳代の有所見率は男性33.7%女性28.7%であり、50歳代になると男性49.7%女性46.1%、60歳代では男性63.2%女性60.2%と有所見者の割合が2倍以上に増加する傾向にあります。

HbA1c 有所見率の経年変化

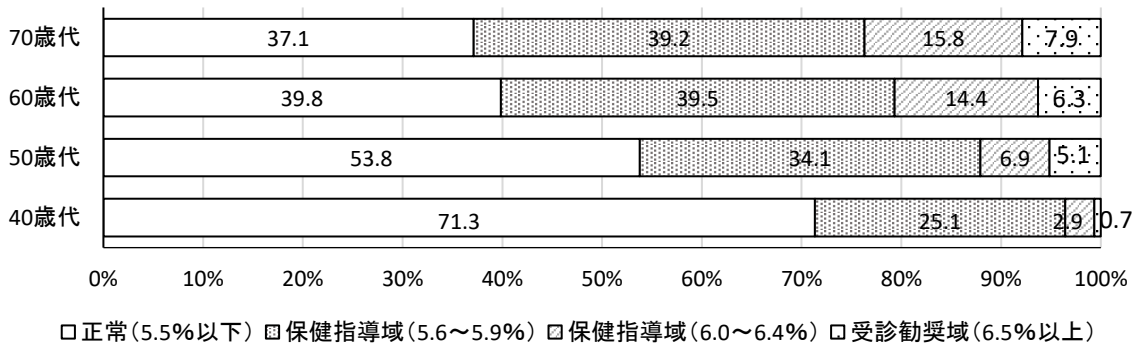


(滋賀県国民健康保険団体連合会提供資料)

令和元年度 特定健診年齢別HbA1c有所見率(男性)



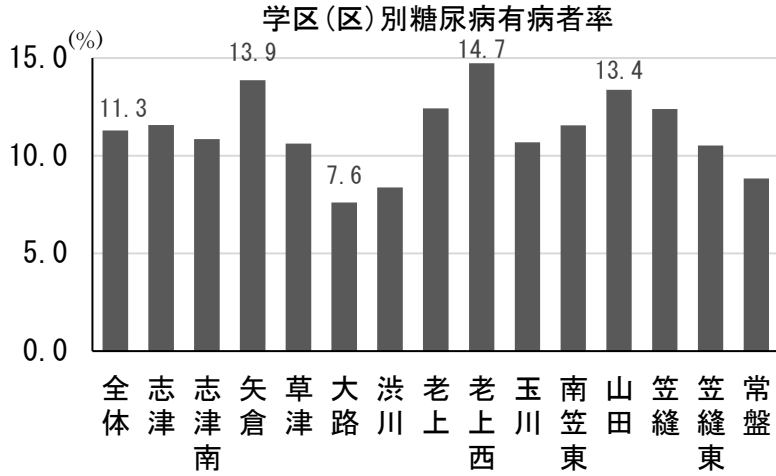
令和元年度 特定健診年齢別HbA1c有所見率(女性)



(令和元年度 特定健康診査結果)

### 7) 地域における糖尿病有病者の割合

各学区(区)別の糖尿病有病者率を比較すると、最も高かったのが老上西学区14.7%、次いで矢倉学区13.9%、山田学区13.4%でした。最も有病者率が低かったのは大路区の7.6%という結果でした。

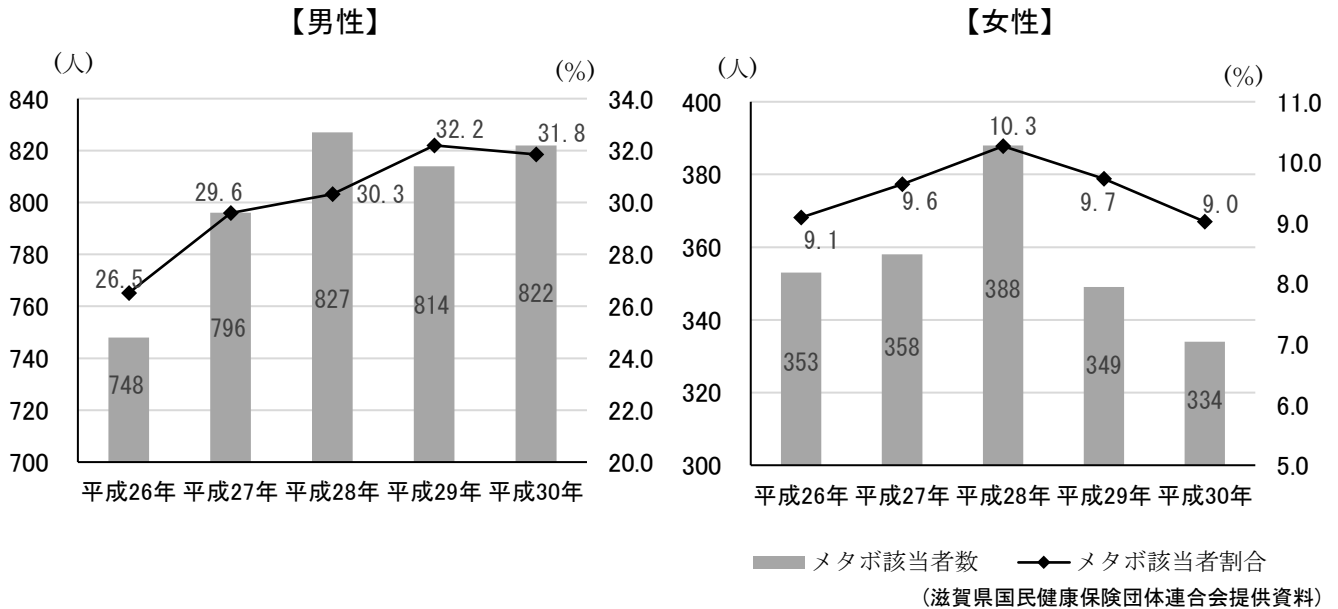


(平成30年度 特定健康診査結果)

### 8) メタボリックシンドローム

男性におけるメタボリックシンドローム該当者数は年々増加傾向にあります。女性では平成28年度より減少傾向にあります。また、男性のメタボ該当者の割合は、女性の約3倍の数を示しています。

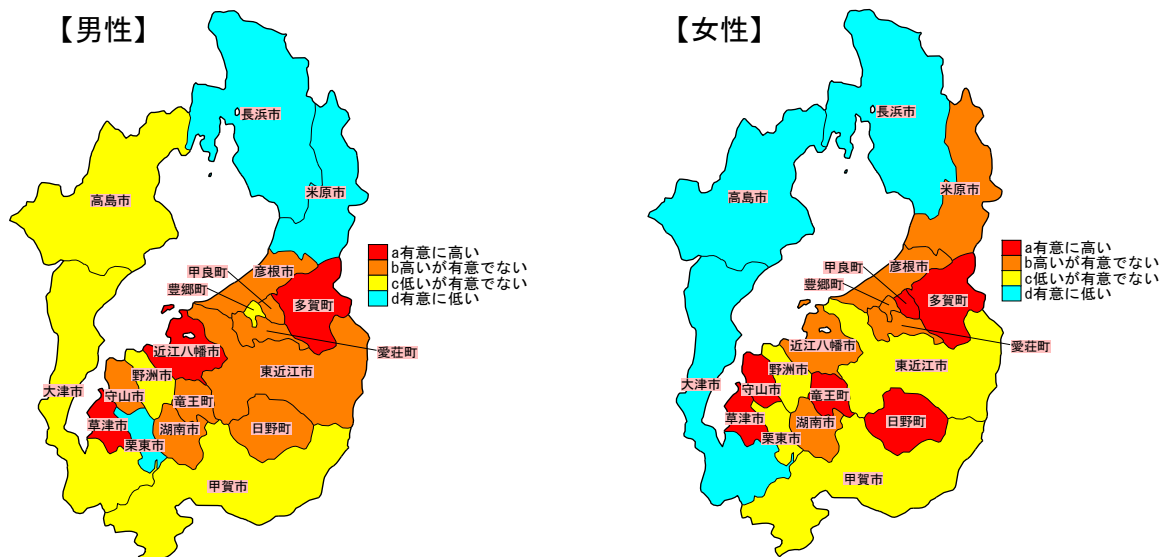
メタボリックシンドローム該当者数の経年変化



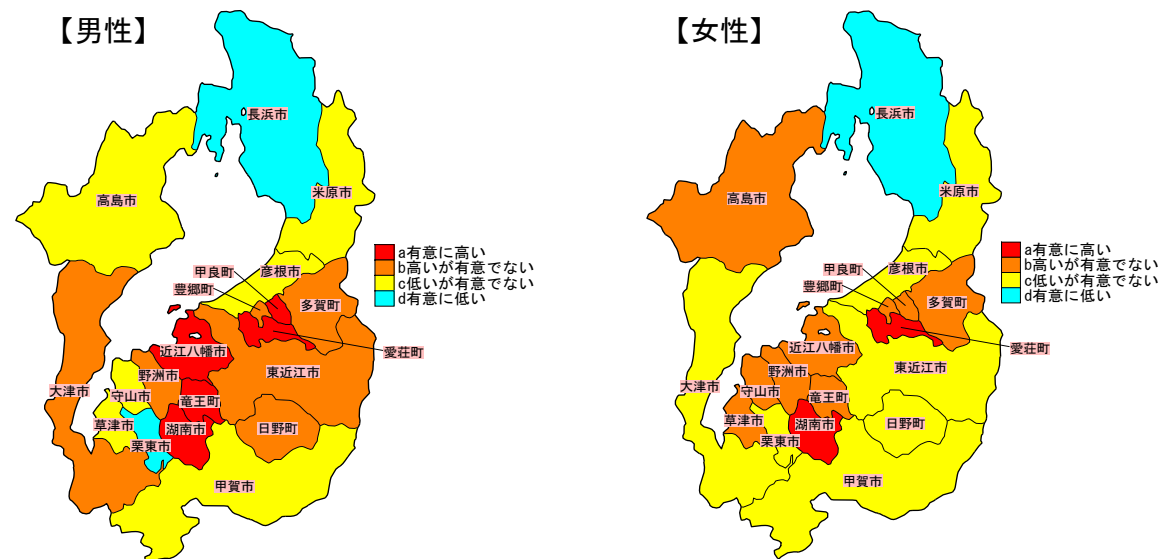
### 9) 糖尿病有病者と糖尿病予備群の者の比較(標準化比)

19市町国保、医師国保組合、協会けんぽ、9健保組合、3共済組合、後期高齢者医療の33保険者の健診データを基に、滋賀県保険者協議会によって分析された結果によると、40歳以上の糖尿病予備軍該当者の該当者数が、滋賀県内の他市と比較して、有意に高いという結果でした。また、40歳以上の糖尿病有病者数は、男性において県内で少ない傾向にあったものの、女性では多い傾向にありました。

糖尿病予備群(40歳以上)



糖尿病有病者(40歳以上)

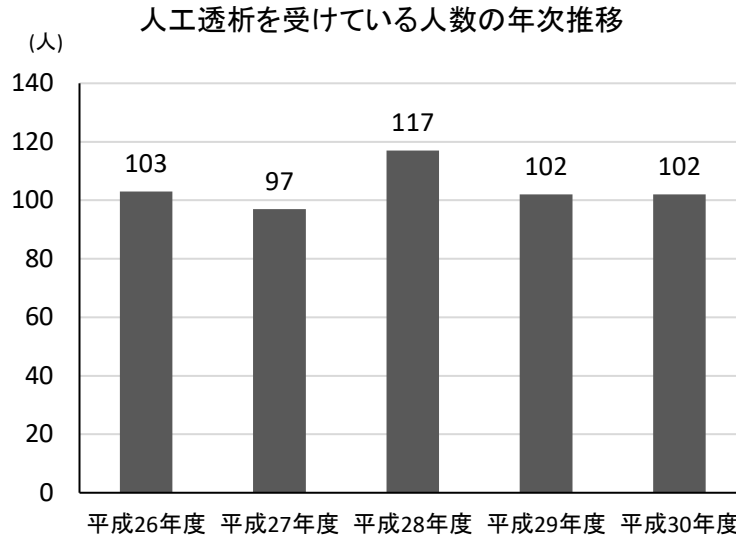


(平成29年度健診結果等データ分析結果報告書(滋賀県保健者協議会))



### 10) 国民健康保険被保険者の人工透析患者数（腹膜透析を除く）

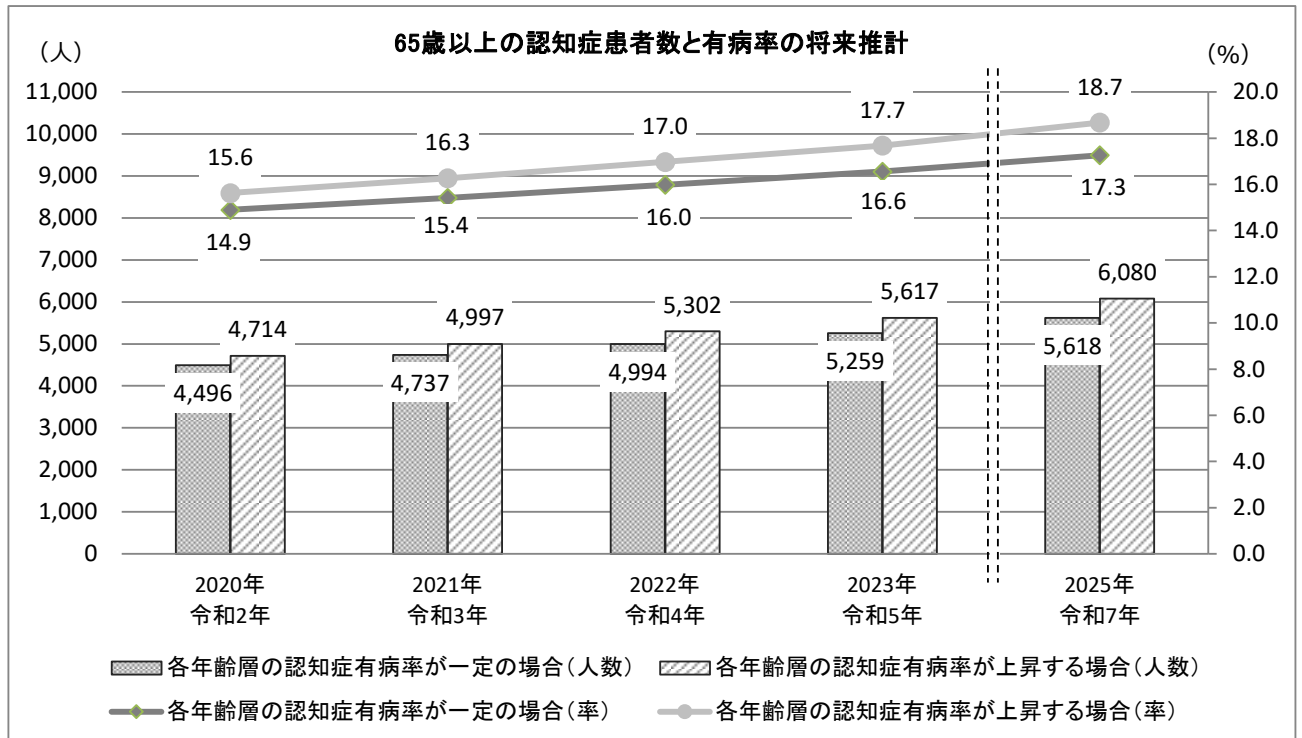
人工透析（腹膜透析を除く）を受けている人の数は、ほぼ横ばい傾向であり、毎年約100人が人工透析を受けている現状があります。



(国保データベース (KDB) システム)

### 11) 糖尿病の有病率の増加による認知症高齢者数の今後の見込み

糖尿病の有病率は認知症の有病率に影響を及ぼすことがわかっており、認知症の有病率が糖尿病の有病率の増加により上昇すると仮定した場合と、認知症の有病率が一定である（増加しない）場合の65歳以上の認知症患者数について比較したところ、年々患者数に差が生じ、糖尿病の有病率の増加の影響を受ける場合はそうでない場合と比べて令和7年に約460人の増加が推計されています。



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)  
(草津市認知症施策アクション・プラン第3期計画)

## 2. 糖尿病対策ガイドライン(第3期)の評価

### (1)取組の成果と課題

第3期ガイドライン期間では、第1期・第2期に引き続き、以下のとおり取組の柱を掲げ、市民の目標・重点施策を定め、事業を推進してきました。主な取組とその内容、成果と課題や今後の方向性を取り組みの柱ごとに整理しました。

取組の柱	市民の目標	重点施策
健康増進・ 発症予防	糖尿病について正しく知ることができる	全年代の市民へ健康増進・発症予防の啓発活動の実施
早期発見	健診を受診することで自らの状態を知ることができる	健診受診率の向上
早期対応	生活習慣を見直し、改善することができる	糖尿病予防に向けた生活習慣改善のための保健指導の徹底
適正治療・ 重症化予防	適正な治療を受け、重症化を防ぐための行動に移せる	関係機関との連携による継続治療の勧奨・支援

#### 1) 健康増進・発症予防

**取組目標1** 健康増進の取り組みを支援します

**取組目標2** 糖尿病予防に関する知識の普及、啓発を行います

##### 【主な取組と成果】

- ・健康くさつ21(第2次)の重点施策として、健康啓発イベント・食育推進事業・健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の活用等を行うことで、糖尿病予防につながる生活習慣の見直しや改善のきっかけとなるような事業を展開し、働く世代をはじめ様々なライフステージの市民への健康増進に繋げることができた。
- ・各まちづくり協議会の健幸宣言実現に向けて、データを活用した学区ごとの健康状態の見える化や、各まちづくり協議会と市が協働して健康づくりに取り組む仕組みづくりを進めるため、地域の健康特性や課題について各まちづくり協議会と共有を図り、アンケートや健康講座等の啓発活動など実施し、地域の健康づくりの取組を進めることができた。
- ・11月14日「世界糖尿病デー」に合わせた広報くさつ特集記事での啓発や、糖尿病予防セミナーの開催、各種作成媒体における糖尿病予防にかかる啓発により、多くの市民に対して契機を捉えた取り組みを実施することができた。
- ・保育所・幼稚園・認定こども園等で、健康だよりや食育だよりを毎月発行した。さらに、園児の実態に合わせて必要に応じ糖尿病予防・生活習慣病予防等の保健指導を実施し、健康意識を高めることができた。
- ・各小中学校において健康診断を実施し、傾向の把握を行った。また、栄養教諭と連携し食に関する指導を実施することで、糖尿病予防をはじめとした生活習慣病の予防に繋げることができた。



##### 課題と今後の方向性

- ・健康的な生活習慣を継続することが糖尿病等の生活習慣病の予防に繋がるため、健康づくりへの関心の低い働く世代に対する取り組みや、継続的かつ計画的に地域と協働した取り組みを進め、途切れなく全市民を対象とした啓発をしていく必要がある。
- ・各関係課がそれぞれの対象に応じたライフステージに合わせた取り組みを推進しているが、連携が不十分であるため、関連した関係課による具体的な糖尿病対策を進めていくことが大切である。

## 2) 早期発見

**取組目標** 健診受診率の向上を目指します

**【主な取組と成果】**

- ・ 特定健康診査では、糖尿病予防や腎機能等を調べる追加健診項目を実施するとともに、被用者保険と集団健診を同時実施するなど、受診環境を整えたことで受診者数の増加に繋げることができた。
- ・ 特定健康診査未受診者に対して、電話勧奨を実施し、健診受診の必要性について直接周知・啓発を行った。また、過去の受診歴や質問票の回答等より、受診勧奨に効果的な者を割り出し、タイプに応じた通知の内容とすることで、未受診者の受診に一定効果をあげられた。
- ・ 糖尿病等の生活習慣病を早期に発見し、生活習慣の改善に繋げるため、健診の受診機会のない19～39歳の人や生活保護受給者に対し、健診を受診する機会を提供することができた。



**課題と今後の方向性**

- ・ 特定健康診査の受診率は、近年緩やかに増加傾向にある。今後も、被用者保険と集団健診を同時に開催する等、受診がしやすい環境整備を実施していく必要がある。また、受診率の低い40～50歳代や、医療機関へ定期的を受診している者への受診勧奨に対して、工夫が必要であり、さらに実施率の向上に努めていくことが大切である。

## 3) 早期対応

**取組目標 1** 生活習慣改善・早期対応のための情報提供を行います

**取組目標 2** 生活習慣改善のための保健指導を徹底します

**【主な取組と成果】**

- ・ 特定保健指導の積極的支援及び動機付け支援について、滋賀県医師会や滋賀県栄養士会、保健指導実施事業所への業務委託や、土日等の休日における保健指導の実施、初回分割方式の採用等により、対象者の多様なニーズに合わせた実施体制の構築に繋げることができた。
- ・ 特定健康診査受診者において、HbA1c・中性脂肪・LDLコレステロール・血圧のいずれかが保健指導判定値を示した40歳代の対象者に対し、生活習慣病相談の案内や予防のためのリーフレットを送付し、生活習慣の見直しの機会を提供することで、行動変容を促すことに寄与できた。
- ・ 2歳6か月児健康診査、3歳6か月児健康診査にてリーフレットを使用し、適切な生活習慣について啓発を実施した。また、肥満度15～19%の児には6か月後のフォロー、肥満度20%以上の児には、保健指導を実施し、肥満等の生活習慣の改善を促すことができた。
- ・ 健康推進員に対して糖尿病予防・重症化予防に関する講演会を実施し、生活習慣を改善する方法について知識普及することができた。



**課題と今後の方向性**

- ・ 特定保健指導の実施率は、平成30年度まで増加しているが、県下においては依然低い実施率であり、さらなる実施率の向上に向けた取組と、保健指導の充実を図る必要がある。
- ・ 40歳代のハイリスクアプローチは、情報提供によって行動変容を促していると考えられるが、生活習慣病相談の利用は少ない現状があるため、取り組みの方法・対象について再検討する必要がある。
- ・ 乳幼児健康診査では、保護者の関心の有無や保健指導による目標設定が難しい場合、肥満の悪化が見られる場合もあり、家族を含めた指導と生活の目標立案のための保健指導を具体的に行う必要がある。
- ・ 健康推進員が地域の活動の中で活用していくことができるよう手法や内容を検討しながら、定期的に学ぶ機会を提供していくことが大切。

#### 4) 適正治療・重症化予防

**取組目標** 適正治療の受診支援、継続治療の勧奨支援を行います

**【主な取組と成果】**

- ・ 特定健康診査の結果、受診勧奨判定値の人に対して、医療機関への受診勧奨を実施した。また、滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき対象者を抽出し、訪問による受診勧奨を実施し、医療機関へ繋げた。



**課題と今後の方向性**

- ・ 糖尿病の有病者は減少傾向にあり、糖尿病治療継続者については、増加している傾向があった。今後は、受診勧奨を実施した対象者が定期的に医療機関へ受診できるよう、継続的に関わり、適切治療の受診支援、継続治療の勧奨支援の充実に向けて取り組みを進めていく必要がある。
- ・ 糖尿病の重症化予防の実施に向けた体制の整備を行い、関係機関と連携を強めながら取り組みを推進していくことが大切である。

## (2) ガイドラインの目標数値と評価

指標内容	目標値	平成27年度 (H26年度実績)	平成28年度 (H27年度実績)	平成29年度 (H28年度実績)	平成30年度 (H29年度実績)	平成31年度 (H30年度実績)	評価と課題
健診受診率・特定保健指導実施率の向上	①特定健診受診率	平成23年度実績(34.2%)より10%の向上 ①6,704/ 17,652 38.0%	①6,404/ 17,462 36.7%	①6,507/ 17,164 37.9%	①6,116/ 16,728 36.56%	①6,284/ 16,314 38.52%	<p>特定健診受診率は、近年増加傾向にある。また、特定保健指導実施率は、平成23年度実績(9.7%)と比して、平成30年度実績で(33.1%)であり、10%以上の向上となっている。</p> <p>特定健診および特定保健指導は、受診料の無料化や、協会けんぽ等と連携した集団健診の実施、健診結果返し会の開催等により、一定効果が得られたと考えられる。</p> <p>プレ特定健診は、職場等で健診を受ける機会のない19～39歳までを対象とした健診であり、その受診率は横ばい傾向である。</p> <p>引き続き健診の受診者を増やし、必要な人を保健指導・各種健康講座につなげ、健康に関する意識の向上を目指す。</p>
	②特定保健指導実施率	平成23年度実績(9.7%)より10%の向上 ②77/764 10.1%	②105/687 15.3%	②121/723 16.7%	②116/636 18.2%	②228/689 33.1%	
	③プレ特定健診受診率	平成23年度実績(2.6%)より10%の向上 ③261/35,999 0.7% (③261/9,509 2.7%)	③341/35,289 1.0% (③341/9,309 3.7%)	③296/35,028 0.8% (③296/9,234 3.2%)	③293/34,864 0.8% (③293/9,272 3.2%)	③290/34,554 0.8%	
糖尿病有病者の増加抑制	特定健診受診者のうち、HbA1c6.5以上の者または糖尿病治療薬内服中の者の割合	増加抑制 健康くさつ21 (第2次) 779/7,273 10.7%	838/7,064 11.9%	827/7,127 11.6%	775/6,753 11.5%	788/6,949 11.3%	<p>糖尿病有病者は近年僅かに減少傾向である。また、糖尿病継続治療者は増加傾向にあり、様々な契機を捉えた要受診者への受診勧奨等が、一定効果が得られたと言える。</p> <p>今後は、引き続き関係機関と連携し、重症化予防に向けた取組が必要である。</p>
糖尿病治療継続者の増加	特定健診受診者のうち、HbA1c6.5以上の者で糖尿病治療薬内服中の者の割合	61%(H34) 健康くさつ21 (第2次) 308/596 51.7%	349/675 51.7%	353/645 54.7%	343/626 54.8%	360/607 59.3%	
糖尿病関連疾患による医療費の減少	糖尿病1件あたり費用額 ①入院 ②入院外 40～74歳における総医療費のうち糖尿病医療費と構成割合 ③入院 ④入院外	減少 ①277,405円 ②22,417円 ③4,225,680円 (構成割合1.9%) ④21,423,360円 (構成割合7.4%) H26.5診療分データ	①341,495円 ②21,641円 ③3,596,610円 (構成割合1.5%) ④20,323,400円 (構成割合7.1%) H27.5診療分データ	①462,144円 ②25,040円 ③3,235,010円 (構成割合1.5%) ④22,645,070円 (構成割合7.5%) H28.5診療分データ	①378,039円 ②17,729円 ③5,292,550円 (構成割合2.4%) ④15,726,980円 (構成割合5.6%) H29.5診療分データ	①393,386円 ②20,591円 ③1,966,930円 (構成割合0.8%) ④19,220,460円 (構成割合6.7%) H30.5診療分データ	<p>40～74歳における糖尿病1件あたり費用額は、年度によりばらつきが見られる。</p> <p>早期の糖尿病発症予防への取組や継続した生活習慣の改善を促していく必要がある。</p>
国保被保険者の透析の特定疾病認定者数(腹膜透析者を除く)の減少	国保被保険者で人工透析(腹膜透析を除く)を受けている人数	平成25年4月1日基準日 85人から減少 (H27年3月末基準日) 国保被保険者 26,495人中 96人	(H28年3月末基準日) 国保被保険者 25,858人中 97人	(H29年3月末基準日) 国保被保険者 25,212人中 117人	(H30年3月末基準日) 国保被保険者 25,048人中 102人	(H31年3月末基準日) 国保被保険者 24,457人中 102人	<p>対象者は横ばい傾向であるが、医療費に大きな影響を及ぼしているため、重症化予防の対策を講じる必要がある。</p>

## 第2章 対策の基本的な方向

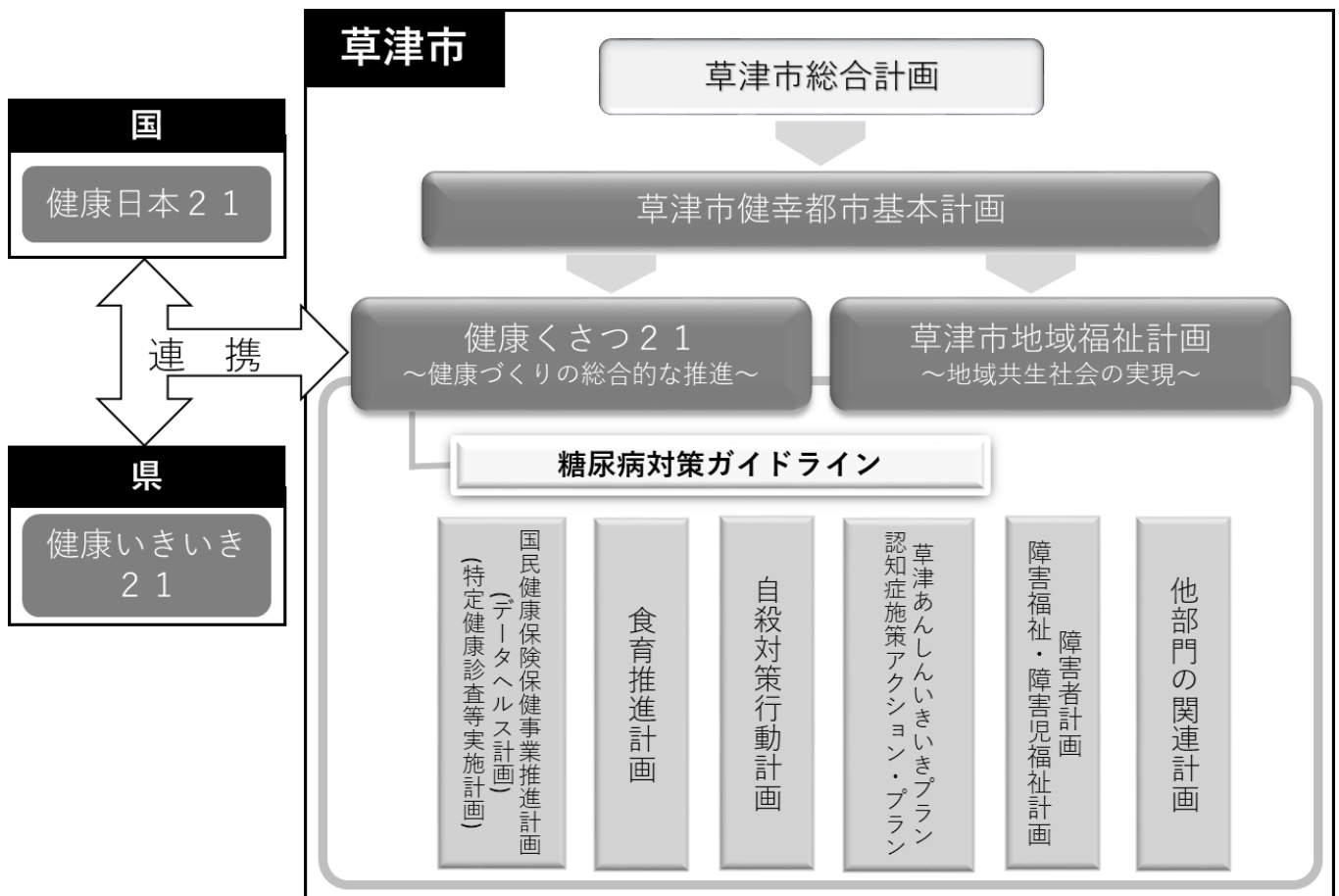
### 1. 草津市糖尿病対策ガイドライン(第4期)の策定について

第1期から第3期までの取り組みと糖尿病の現状を踏まえ、全庁横断的に効果的な取り組みと連携を進め、さらに糖尿病対策を推進するため、草津市糖尿病対策ガイドライン(第4期)を策定します。

第4期の期間は、令和3年度から令和5年度までの3年間とします。

### 2. 糖尿病対策の位置づけ

糖尿病対策については、「健康くさつ21(第2次)」計画の本文中で、『基本的な方向2 生活習慣病の発症予防と重症化予防』の中の「施策分野(2)循環器疾患・糖尿病」として位置づけ、その中で、糖尿病有病者の増加抑制や糖尿病治療継続者の増加を数値目標に掲げ、循環器疾患・糖尿病等の病気にならないための予防や病気になってからの重症化予防への取り組みを偏ることなく推進することとしています。また、「健康くさつ21(第2次)」の重点施策として、「糖尿病の発症予防と重症化予防の推進」を位置づけ、正しい知識の普及や生活習慣の改善に向けた各種の周知啓発をさらに進め、医療と連携し健診による疾病の早期発見・早期治療、疾病がある場合には重症化予防に向けての取り組みを計画的にすすめるための指針として、「草津市糖尿病対策ガイドライン」を位置付けています。(参考：次項図)



健康くさつ21（第2次）の体系図

誰もが健康で長生きできるまち草津

～健康寿命の延伸と健康格差の縮小～

基本的な方向 2

生活習慣病の  
発症予防と重症化予防

施策分野(1)がん

75歳未満のがん死亡者の減少、  
がん検診受診率の向上

施策分野(2)循環器疾患・糖尿病

脳血管疾患・虚血性心疾患死亡者の減少、  
特定健康診査・特定保健指導実施率の向上、  
メタボリックシンドローム該当者  
および予備群の減少、  
糖尿病有病者の増加抑制、  
糖尿病治療継続者の増加、  
高血圧の改善、脂質異常症の減少

基本的な方向 3

社会生活を営むための  
心身機能の維持・向上

施策分野(1)こころの健康

自殺者の減少

施策分野(2)次世代の健康

低出生体重児の減少、肥満傾向にある子どもの減少、  
朝食を食べない子どもの減少、  
運動やスポーツを習慣的にしている子どもの増加

施策分野(3)高齢者の健康

要介護認定者の増加抑制、  
低栄養傾向の高齢者の増加抑制、  
ロコモティブシンドローム認知度の向上、  
足腰に痛みのある高齢者の減少、  
高齢者の社会参加の促進、  
認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

基本的な方向 1

生活習慣の改善

施策分野(1)栄養・食生活

適正体重を維持している人の増加、適切な量と質の食事をとっている人の増加、共食の増加

施策分野(2)身体活動・運動

歩数の増加、運動習慣者の増加

施策分野(3)休養

十分に睡眠をとれていない人の減少、ストレスや悩みを感じている人の減少

施策分野(4)飲酒

生活習慣病リスクを高める量を飲酒している人の減少、未成年者の飲酒をなくす、妊娠中の飲酒をなくす

施策分野(5)喫煙

成人喫煙率の減少、未成年者の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、COPDの認知度の向上

施策分野(6)歯・口腔の健康

むし歯のない乳幼児の増加、小中学生のむし歯数の減少、歯周病を有する人の減少、歯の喪失防止、  
咀嚼良好者の増加、定期的に歯科健診を受ける人の増加

基本的な方向 4

健康を支え守るための地域の絆による社会づくり

施策分野(1)健康づくりに取り組む人とチームを増やす

地域のつながりの強化、健康推進員数の増加、認知症サポーター養成講座受講者数の増加、  
市民が運動しやすいまちづくりや環境整備の増加、受動喫煙のない店の増加、  
食品中の食塩や脂肪低減に取り組む飲食店の増加

重点施策

重点施策1 糖尿病の発症予防と重症化予防の推進

重点施策2 子どもの頃からの健全な生活習慣の確立

重点施策3 働く世代の健康づくり

重点施策4 地域で取り組む健康づくり

重点施策5 企業、団体、大学等との多種多様な協働による健康づくり

### 3. 目指す姿と取組の柱

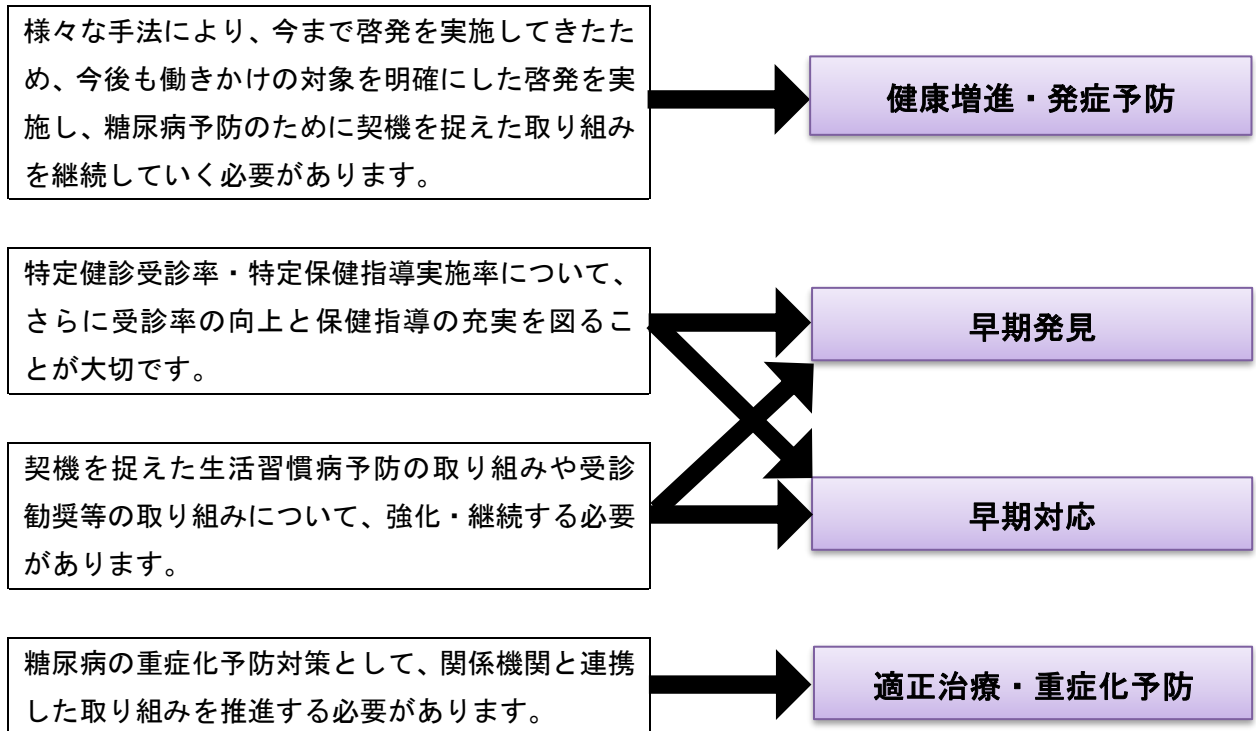
#### (1) 目指す姿

市民が自身の管理により健康増進を図ることで、糖尿病の発症を予防する。  
また、糖尿病になっても、合併症を予防し、病気の悪化を防ぐことで、  
自立した生活を続けることができる。

近年、主体的に健康づくりに取組む気運が高まっていることを鑑み、今後の市民の目指す姿として「市民が自身の管理により健康増進を図ることで、糖尿病の発症を予防する。また、糖尿病になっても、合併症を予防し、病気の悪化を防ぐことで、自立した生活を続けることができる。」ことを目指し、健康くさつ21計画の基本理念である「誰もが健康で長生きできるまち草津」の達成に向けてまちづくりを推進します。

#### (2) 取組の4つの柱

第3期までの評価について、以下のとおりまとめることができました。



健康に関心な市民を含め、個人が自ら健康づくりに取り組めるようなきっかけの提供や、市民が正しく糖尿病について知る機会を得ることは、健康増進や生活習慣病全般の予防につながると同時に、継続した働きかけによりモチベーションが持続され、行動変容にも繋がります。また、定期的に自身の健康状態について確認し、把握することで、早期の糖尿病の予防のための生活習慣の改善を促すことができ、そのために必要な支援・治療について、自身で取り組むことが可能になります。さらに、糖尿病と診断された場合でも、自らの適切な血糖コントロールにより、疾病の進行や合併症の併発を防いでいくことができるような支援体制を築いていくことが必要です。



以上より、糖尿病対策ガイドラインの骨子にかかる4つの取り組みの柱について、第1期から第3期にかかる内容を引き継ぎ、「健康増進・発症予防」、「早期発見」、「早期対応」、「適正治療・重症化予防」の4つを取り組みの柱とし、それぞれの柱において「目標」「重点施策」「取組目標」を掲げ、糖尿病対策を推進していきます。

### 1) 健康増進・発症予防

市民が自らの健康に関心を持ち、糖尿病について正しく知ることは、糖尿病予防のための行動変容につながります。また、各ライフステージや地域の健康課題に応じて取り組みを実施することで、切れ目のない啓発となり、自身で健康づくりを実践していく気運を高めます。

#### 目標 市民が糖尿病予防の取組を自ら実践する

以上の目標のために、行政は、各ライフステージやそれぞれの地域における啓発について、働きかける対象を明確にした上で、健康増進及び発症予防のために契機を捉えた取り組みを実施していきます。また、新たに口腔衛生の視点を踏まえ、糖尿病と歯周病の関係性について周知する等、包括的な全身の健康づくりの取り組みを進めていきます。

### 2) 早期発見

市民にとって健診は、自身の健康状態を知る重要な機会であり、現在の生活習慣について見直したり、健康づくり活動を継続させることにつながる等、自らの健康状態を管理するきっかけとなります。一方で、糖尿病等のリスクが把握でき、早期受診にもつながります。

#### 目標 市民が自らの健康状態を管理するために、健診を受診する

以上の目標のために、行政は、自身の健康状態を知り、糖尿病の早期発見につなげられるよう全年代の市民が特定健康診査等の健診を受ける機会を持ち、自ら受診することができるよう働きかけを行います。さらに、節目歯科健診を実施し、早期からの口腔衛生の向上を図り、歯周疾患の生活習慣病の予防に寄与し、糖尿病のリスク減少に努めます。

### 3) 早期対応

早期に健康づくりへの意識を高め、実践的な行動につなげるためには、生活習慣が糖尿病等の疾病に強く関連し、その見直し及び改善が重要であることを理解する必要があります。また、生活習慣の見直し及び改善するために、適切な保健指導を受けることが大切です。

#### 目標 市民が生活習慣の重要性を理解し、自ら改善する

以上の目標のために、行政は、糖尿病予防に向けた生活習慣の改善を目指して、徹底した保健指導の実施を行い、早期に自ら改善が図れるよう取り組みを行います。

#### 4) 適正治療・重症化予防

糖尿病は、自覚症状がない状態で進行しやすく、症状が出るころには重症化していることも多いため注意が必要な疾患です。そのため、糖尿病の発症後は、関係機関等と連携した包括的な支援体制の中で、医療機関の方針に基づき適正な治療を継続的に受けることが大切であり、自らの健康状態の維持向上を目指しながら、重症化を防ぐための取り組みを行うことが合併症発症を予防することにつながります。

#### **目標** 市民(糖尿病発症者)が適正治療を受け、重症化を防ぐ

以上の目標のために、行政は、市民が適正治療を受け、重症化を予防するため、庁内関係課及び関係機関と連携した取り組みを推進していきます。

## 4. 糖尿病対策事業の展開

本ガイドラインは、関係部署所管する糖尿病予防に関わる施策や事業が、計画的に対策を進めていく指針となるよう位置付けています。

取り組みの軸となる4つの柱に基づき、各ライフステージにおける取り組みや、健康増進のための啓発の取り組み、健診事業や保健事業、また、適正治療・重症化予防のための取り組みを講じ、各事業を展開します。

また、柱ごとに目標や重点施策、取り組み目標を掲げ、その達成に向けて取り組みを推進します。

### (1)健康増進・発症予防

#### 1) 目 標

市民が糖尿病予防の取組を自ら実践する

#### 2) 重点施策

各ライフステージ・地域の市民へ健康増進・発症予防の啓発活動の実施

#### **【取り組みの方向性】 糖尿病予防を意識した啓発活動を実施し、健康増進を促します**

- ・市民が糖尿病について正しく知ることができ、健康増進と発症予防のために生活習慣の改善につながるよう啓発します。
- ・地域の現状から導き出された結果から、地域の実情に応じた糖尿病予防活動が広がるよう、地域の人や団体等への支援を行います。
- ・各ライフステージにおける糖尿病予防対策を進め、対象に応じた取り組みにより、生涯に渡って役立ていけるような取り組みを進めます。
- ・口腔衛生の向上による生活習慣病の予防をするため、糖尿病と歯周病の関係性について周知啓発を行います。

## 3) 主な取組

主な取り組み事業	【事業計画】	担当課
<b>拡充</b> 健康くさつ21（第2次）および第3次草津市食育推進計画の推進	健康くさつ21（第2次）・第3次草津市食育推進計画の重点事業として、くさつ健康ポイント制度や「BIWA-TEKU」、健康啓発事業や、関係機関と連携した食育推進事業等、糖尿病予防につながる生活習慣の見直しや改善のきっかけとなるよう事業を実施します。	健康増進課
<b>拡充</b> 生活習慣病予防のための歯科啓発活動	集団健診や乳幼児健診の場において、リーフレットを配布し、糖尿病と歯周病の関係性等について啓発を行います。	健康増進課
健康推進員による糖尿病予防啓発活動への支援	糖尿病予防啓発が健康推進員によって地域イベントや各学区・区で活動できるよう、正しい知識の普及を行います。また、現任研修において、糖尿病に関する生活課題を健康推進員自ら振り返る場をつくり、それを踏まえ、地域へ啓発できるよう助言を行います。	健康増進課
出前講座・健康教育	糖尿病予防の健康教育を実施します。また、食育等他のテーマの健康教育においても、糖尿病予防についての内容を踏まえて啓発を実施します。	健康増進課
かかりつけ医等普及促進事業（おでかけドクター）	かかりつけ医等普及促進事業『おでかけドクターとお気軽トーク』において、糖尿病の啓発を行います。	健康増進課
世界糖尿病デーにあわせた啓発	世界糖尿病デー（毎年11月14日）にあわせて、広報・HP等で啓発を行います。	健康増進課
特定健康診査における糖尿病予防等の啓発	健診の案内や特定健診の場を捉えて、糖尿病等の予防にかかる啓発を行います。	保険年金課
認知症と糖尿病についての啓発	認知症サポーター養成講座等の出前講座の際に、生活習慣や糖尿病予防の必要性について啓発します。	長寿いきがい課
「高齢者をささえるしくみ」での啓発	「高齢者をささえるしくみ」において、糖尿病予防についての内容を記載し、啓発を行います。	健康増進課 長寿いきがい課 介護保険課
各まちづくり協議会の健康宣言実現に向けた取組の推進	各まちづくり協議会の健康宣言実現に向けて、データを活用した学区ごとの健康状態の見える化や、保健師による支援等により各まちづくり協議会と市が協働して健康づくりに取り組む仕組みづくりを進めます。	地域保健課
乳幼児健康診査での啓発	乳幼児健康診査で肥満予防のポイントを掲載したリーフレットを配布します。	子育て相談センター
健康だよりや食育だよりの発行	保育所・幼稚園・認定こども園等へ健康だよりや食育だよりを発行し、糖尿病をはじめとした生活習慣病予防などに関する情報提供を行います。	幼児課
保育所・認定こども園の給食による食育の推進	保育所・認定こども園等で毎日の給食やおやつを展示し、食事への関心を深め、バランスの良い献立や旬の食材、正しい栄養バランス等を伝え、糖尿病など生活習慣病予防につなげます。	幼児課
保育所・幼稚園・認定こども園における保健指導	園児に対し健康指導（歯磨き、栄養、感染症予防、生活習慣病予防など）を実施します。また、園児の実態に合わせて必要に応じ糖尿病予防・生活習慣病予防などの保健指導を行います。	幼児課
学校における食育の推進	各小中学校における食育月間、食育の日の取り組みの集約や指導助言を行います。栄養教諭と連携し、栄養素や食に関する指導を行い、糖尿病予防をはじめとした生活習慣病予防につなげます。	スポーツ保健課
学校保健統計事業	本市の児童生徒の健康状態の傾向を把握し、糖尿病予防を含む生活習慣病予防など児童生徒の健康教育の課題を探るため、各種健康診断結果について市内全体の統計を行います。	スポーツ保健課
児童・生徒等健康診断事業	児童・生徒の健康状態の把握と糖尿病を含む各種疾病等の早期発見を図るため健康診断を実施し、必要に応じて治療勧告等を行います。	スポーツ保健課

## (2) 早期発見

## 1) 目 標

市民が自らの健康状態を管理するために、健診を受診する

## 2) 重点施策

健診受診率の向上

**【取り組みの方向性】 健診受診率の向上を目指し、早期発見に繋がります**

- ・市民が自らの健康状態を把握し、管理することができるよう健診を実施し、糖尿病等の生活習慣病の早期発見の重要性や健診受診のメリットについて伝えていくとともに受診勧奨を行います。
- ・健診の受診の機会を捉え、ハイリスク者の把握を行います。
- ・歯の健康について関心を持ち、口腔状態を把握するため歯科健診を実施することで、歯科からの生活習慣病の予防に努めるよう促します。

## 3) 主な取組

主な取組事業	【事業計画】	担当課
特定健康診査	特定健康診査において、被用者保険と集団健診を同時実施し、受診環境を整えます。また、未受診者に対して、受診率等の実績を性別・年代・受診履歴等を分析し、効率的・効果的な受診勧奨を行います。また、電話勧奨による働きかけも実施します。	保険年金課
メタボ予防健康診査	糖尿病等生活習慣病を早期に発見し、生活習慣の改善を考える機会とするため特定健康診査に準ずる項目で、受診機会のない19～39歳の人と生活保護受給者に対し、健診を行います。また、個別通知等にあわせて健診の受診勧奨も行います。	健康増進課
<b>拡 充</b> 節目歯科健康診査	糖尿病と関わりのある歯周疾患についての健診を、節目年齢において実施し、生活習慣病の早期発見につなげます。また、問診票等に糖尿病について記載することで糖尿病との関係性についても周知を行います。	健康増進課
健康推進員による健(検)診受診勧奨の取組の促進	健康推進員から地域住民に対して健(検)診受診の働きかけを実施し、健診受診率の向上を目指します。	健康増進課
妊娠糖尿病であった母への受診勧奨	すこやか訪問時に妊娠糖尿病の母に対し、出産後も継続して自らの健康状態を確認するよう、健診受診等の啓発を行います。	子育て相談センター

## (3) 早期対応

## 1) 目 標

市民が生活習慣の重要性を理解し、自ら改善する

## 2) 重点施策

糖尿病予防に向けた生活習慣改善のための保健指導の徹底

**【取り組みの方向性】** 糖尿病予防に向けて実践的に取り組めるよう生活習慣の改善を促します

- ・糖尿病のハイリスク者が疾病と生活習慣の関係性を理解し、その改善に取り組むことができるよう、保健指導の充実に努めます。
- ・健診の受診者に対し、早期の糖尿病等の生活習慣病予防に向けた情報提供を充実させ、生活習慣の改善を促します。

## 3) 主な取組

主な取り組み事業	【 事業計画 】	担当課
特定保健指導	県内の医療機関で実施や、土日に実施する等、対象者のニーズにあわせた保健指導ができるよう体制づくりを行う一方で、ICTを活用した保健指導も実施することで、実施率向上と指導効果の継続を目指します。また、特定保健指導の利用率向上のため、時間帯や曜日を広げた電話勧奨や不通者・不在者に対する再勧奨を行います。	健康増進課
<b>拡 充</b> 特定健診受診者への早期介入の取り組み	特定健診受診者において、HbA1c・中性脂肪・LDLコレステロール・血圧等のいずれかが保健指導判定値の40歳代を抽出し、対象者に応じた情報提供と生活習慣病相談・健康教室の参加勧奨を行います。また、高齢者の保健事業及び介護予防等の一体化にかかる取り組みとして、65～69歳に対しても糖尿病予防やフレイル(虚弱)予防等を目的として生活習慣病相談・健康教室の参加勧奨と情報提供を実施します。	健康増進課
生活習慣病相談	メタボ予防健康診査や特定健診が保健指導判定値の対象者に対し、対象者に応じて糖尿病予防のリーフレットを配布する等、糖尿病の予防に取り組めるよう保健指導を実施します。	健康増進課
健康教室の開催	特定保健指導対象者や健診の結果、ハイリスクの人に対し、日々の生活の中で継続して取り入れられるような糖尿病予防の取組を踏まえた健康教室を開催します。	健康増進課
乳幼児健康診査における肥満等の児への指導	2歳6か月児健康診査、3歳6か月児健康診査にてリーフレットを用いて啓発し、肥満等の児には生活習慣の改善に向けて継続的な保健指導を行います。さらに肥満度30%以上の児には、肥満外来受診勧奨を行います。	子育て相談センター
ハイリスク妊婦の把握と重症化の予防	妊娠届時に糖尿病・妊娠糖尿病の診断・治療歴等がある方を把握し、今後の経過確認や妊娠中の過ごし方、定期受診の必要性等の啓発を行います。	子育て相談センター

## (4) 適正治療・重症化予防

### 1) 目 標

市民(糖尿病発症者)が適正治療を受け、重症化を防ぐ

### 2) 重点施策

関係機関との連携による継続治療の勧奨・支援

**【取り組みの方向性】** 適正治療のための受診や、継続治療の勧奨・支援を実施します

- ・糖尿病を発症した人が、適正な治療を受け、血糖コントロールを安定させ、疾病の進行を防ぎ、合併症や重症化を予防できるよう、治療の継続のための働きかけを行います。
- ・糖尿病性腎症の重症化による透析を予防するため、関係機関と連携した取り組みを推進します。

### 3) 主な取組

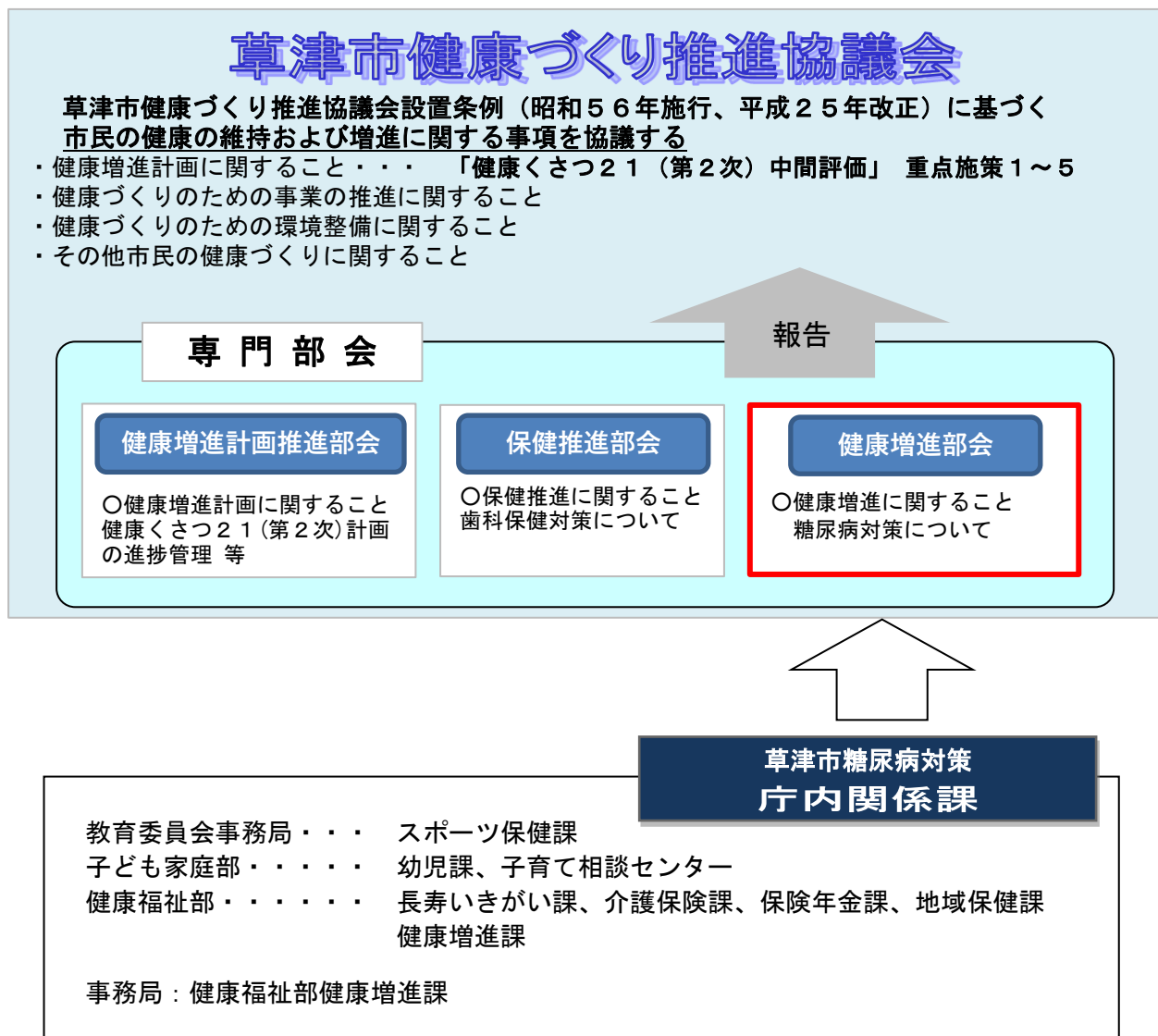
主な取組事業	【 事業計画 】	担当課
体調管理・連携のための手帳等の活用	「私の在宅療養手帳」について多職種に周知を図りながら、活用していきます。	長寿いきがい課
介護サービス利用者のケアプランチェック	ケアマネジャーに対するケアプラン点検の中で、主治医等との医療連携について聞き取りを行い、必要に応じてアドバイスを行います。	介護保険課
特定健康診査要受診者の受診勧奨	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値の人に対して、医療機関への受診勧奨を行います。	保険年金課
<b>拡 充</b> 糖尿病性腎症重症化予防対象者への受診勧奨・支援	滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、糖尿病性腎症重症化予防を目的に医療機関への受診勧奨や生活習慣を見直すための支援を行います。	保険年金課 健康増進課 地域保健課 長寿いきがい課



## 5. 推進体制

庁内における糖尿病対策に関する事業の計画及び実績については、年度ごとに下記糖尿病対策庁内関係課内でとりまとめ、適宜協議を行い、ガイドラインの管理と推進について連携して実施します。また、「草津市健康づくり推進協議会健康増進部会」において、糖尿病予防および重症化予防を踏まえた事業について報告・協議し、いただいた意見を基に、進行管理を行います。さらに、必要に応じて関係機関との連携を行い、より効果的な事業展開を検討していきます。

事業や施策の評価は、健康くさつ21（第2次）の重点施策の評価と共に実施し、全庁的な取り組みとして見直し、より効果的な事業となるよう反映させていきます。



◆対策の基本的な方向◆



## 資料

---

# 1. 第3期計画における取組の評価

## 糖尿病対策ガイドライン(第3期)実施結果【平成30年度～令和2年度】

4つの柱	市民の目標	重点施策	平成30年度	平成31年度(令和元年度)	令和2年度
健康増進・発症予防	糖尿病について正しく知ることができる	全年代の市民へ健康増進・発症予防の啓発活動の実施	健康啓発推進事業 (健康啓発イベント・食育の推進・健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の活用等) 2歳6か月健康診査における肥満予防リーフレット配布 3歳6か月健康診査における肥満予防リーフレット配布 かかりつけ医等普及促進事業での糖尿病啓発 出前講座・健康教育 糖尿病予防啓発(広報・糖尿病予防講演会の開催等) 「高齢者をささえるしくみ」での啓発 認知症サポーター養成講座での啓発 健康のまち草津モデル事業 各まちづくり協議会の健康宣言実現に向けた取組の推進 特定健康診査・プレ特定健康診査等における情報提供用リーフレット配布 保育所・幼稚園・こども園における糖尿病予防啓発・(健康だより等の発行・給食の展示・保健指導) 学校における糖尿病予防啓発(食育の推進・健康診断事業等) 健康推進員の活動での糖尿病啓発		
早期発見	健診を受診することで自らの状態を知ることができる	健診受診率の向上	特定健康診査・後期高齢者健康診査 メタボ予防健康診査 特定健康診査未受診者通知・電話勧奨 メタボ予防健康診査未受診者勧奨 すこやか訪問での母の健康状態の把握 健康推進員への研修会の実施と受診勧奨		
早期対応	生活習慣を見直し、改善することができる	糖尿病予防に向けた生活習慣改善のための保健指導の徹底	生活習慣病相談 特定保健指導 特定保健指導参加者勧奨 プレ特定健康診査後の事後指導の実施 2歳6か月健康診査における肥満児への指導 3歳6か月健康診査における肥満児への指導 妊娠届出時のハイリスク妊婦の悪化予防 健康推進員への糖尿病予防の研修会の実施		
重症化治療予防	適正な治療を受け、重症化を防ぐための行動に移せる	関係機関との連携による継続治療の勧奨・支援	介護サービス計画ケアプランチェック 在宅療養手帳活用 糖尿病性腎症重症化予防対策者への受診勧奨 特定健康診査要受診者への受診勧奨		

	評価と課題
健康増進・ 発症予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の予防につながる食生活と運動習慣について考えるきっかけとなるような啓発イベントや健康づくりのきっかけとなる健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の周知、市民に身近なところで健康づくりに取り組んでもらえるような様々な施設と連携した食育の推進など、働く世代をはじめ様々なライフステージへの健康増進につなげることができた。</li> <li>・2歳6か月児健康診査、3歳6か月児健康診査にて肥満予防のポイントを記載したリーフレットを用いて、乳幼児からの生活習慣病の予防をすることができた。保護者への働きかけや保健指導時の明確な目標設定を実施することが大切である。</li> <li>・糖尿病予防やフレイル予防(介護予防)等のテーマに沿い、地域の方が医師と話をする機会を設けられたが、周知方法について検討する必要がある。</li> <li>・世界糖尿病デー(毎年11月14日)に合わせて継続した糖尿病予防についての啓発を実施することができた。多くの市民が情報を捉えることができるような様々な機会を捉えた啓発を実施する必要がある。</li> <li>・認知症サポーター養成講座内に、生活習慣病予防にむけての情報を含めて伝え、啓発することができた。市内全域の学校や企業に充分周知していくことが必要である。</li> <li>・データを活用し、各学区ごとに地域の特性に応じた健康づくりを進めることができた。地域と協働して計画的に健康づくりの取り組みを進めていく必要がある。</li> <li>・保育所・幼稚園認定こども園等への、健康だよりや食育だよりを通じた糖尿病等の情報提供や、給食等の展示によりバランスのとれた献立や正しい栄養バランスなどの伝達、健康指導の実施により、糖尿病等生活習慣病の予防につなげることができた。</li> <li>・各小中学校の授業において、生活習慣病について学習し、糖尿病予防をはじめとした生活習慣病予防の学習の機会を設けることができた。</li> <li>・健康推進員の地域活動において、糖尿病予防のためのパネル実演やレシピ作成を実施し、健康増進・糖尿病発症予防の啓発を実施することができた。地域活動に活かす内容について検討していくことが大切である。</li> </ul>
早期発見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の無料化や健診項目の追加を行ったり、被用者保険と集団健診の同時実施を行うなど受診しやすい環境づくりを実施し、健診受診率の向上に向けた働きかけを実施することができた。</li> <li>・特定健康診査未受診者に対し、電話による勧奨や、受診歴等の情報を精査した上で効果的な者に対し通知を送付するなど、受診勧奨の方法を工夫し、実施することができたが、40～50歳代や医療機関へ定期的に受診している者に対する受診勧奨の工夫が必要である。</li> <li>・妊娠糖尿病等のリスクの高い母に対し、受診勧奨や健診の継続受診の必要性について啓発を行ったが、出産後は母の健診受診が後回しになりやすいため、すこやか訪問等の機会に啓発を継続することが大切である。</li> <li>・19～39歳の者に対して、がん検診のクーポン発送時などの機会を利用し、プレ特定健康診査の受診勧奨を個別に実施することができた。様々な契機を捉えて啓発を継続する必要がある。</li> <li>・健康推進員に対して糖尿病予防等の講演会やけん診についてのアンケートを実施し、受診の大切さについて伝えることができた。けん診受診率向上に向けた具体的な取組を検討していく必要がある。</li> </ul>
早期対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定保健指導の実施率向上のため、健診時の特定保健指導の分割実施や健診の結果返し会の実施、電話による個別勧奨や特定保健指導の土日の実施など、対象者に対して様々な取組を行い、利用率の向上を図った。</li> <li>・40歳代の血液検査結果が保健指導域の者(特定健診対象者は省く)に対して、生活習慣病相談の案内や情報提供リーフレットを送付し、生活習慣の改善に向けた啓発を実施したが、年齢的に就労している人が多く、多忙であり相談に繋がらない現状がある。参加できない人にも行動変容を促すような工夫が必要である。</li> <li>・乳幼児健診において、肥満度15～19%児には6か月後の電話フォロー、肥満度20%以上児には保健指導の実施、30%以上児には肥満外来の受診の勧奨を実施し、幼児の生活改善に向けた取組を実施することができた。</li> <li>・糖尿病の既往歴や妊娠糖尿病のハイリスク妊婦に対し、体重コントロールや妊娠中の食生活について確認し、定期受診につなげることができた。</li> <li>・健康推進員に対して糖尿病予防・重症化予防に関する講演会を実施し、生活習慣を改善する方法について知識を深めることができた。</li> </ul>
適正治療・ 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランチェックにより主治医等との医療連携について聞き取りを行い、必要に応じアドバイス等をおこなうことができたが、ケアプランに本人の病状が十分に反映されていない事例があるため、医師との連携を密にし、計画の作成や見直しが必要とされる。</li> <li>・私の在宅療養手帳を活用し、患者情報を共有する等周知をおこなった。適切な情報連携により体調管理を促すことが必要である。</li> <li>・特定健康診査の結果、受診勧奨域の者に対し医療機関への受診勧奨を電話や通知にて実施し、対象者を明確にした取組を実施した。また、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、設定した対象者に対し、訪問による受診勧奨を実施し、重点的な働きかけを行うことができた。対象者が早期に現状を把握し、医療機関へ受診できるよう継続的に関わっていく必要がある。</li> </ul>

## 2. 滋賀県糖尿病地域医療連携指針（参考）

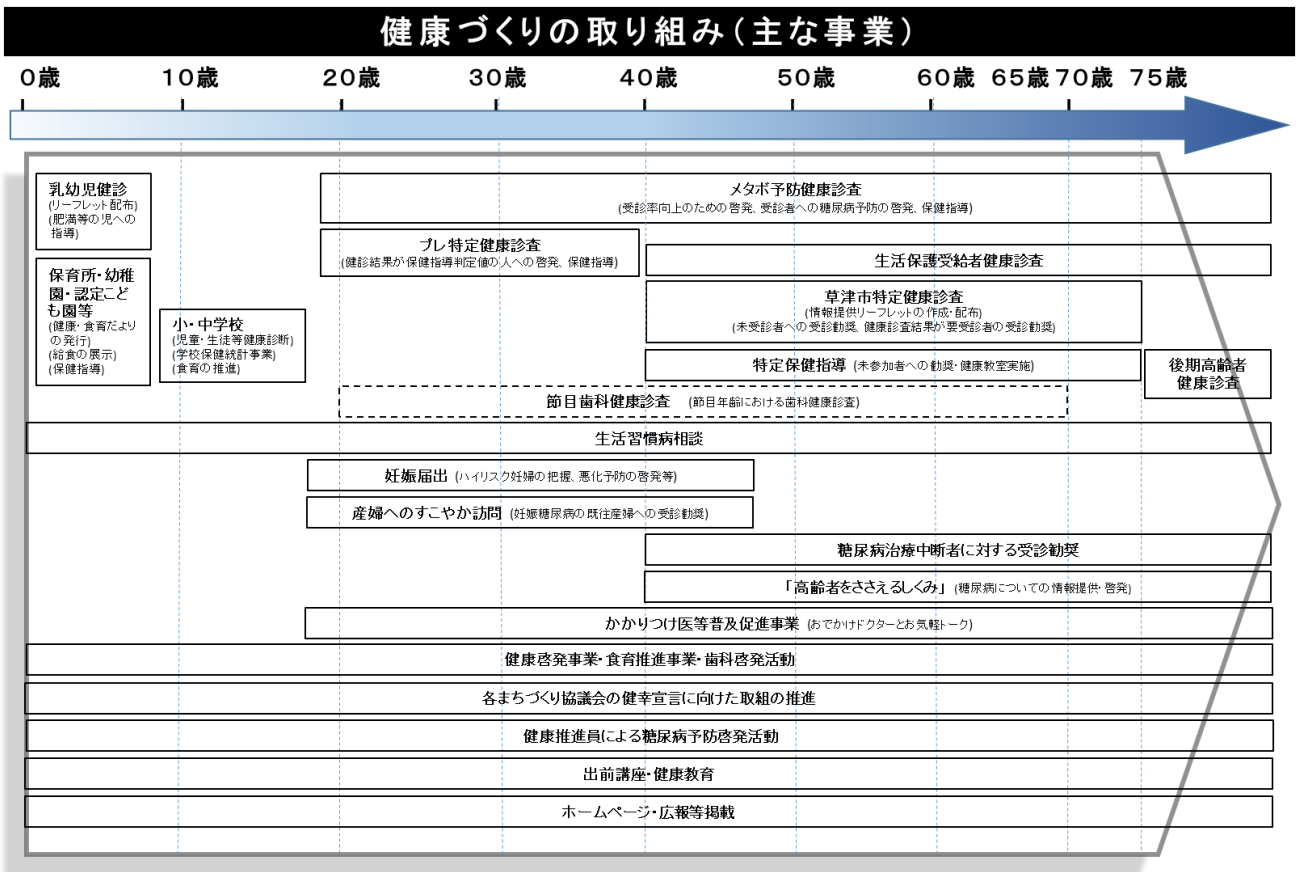
～指針 P20～21の表抜粋～  
（指針V-2, 3, 4まとめ）

### 糖尿病地域医療連携を推進するための取り組みと期待される役割 （指針 P11～ V 地域医療連携を推進するための取り組み）

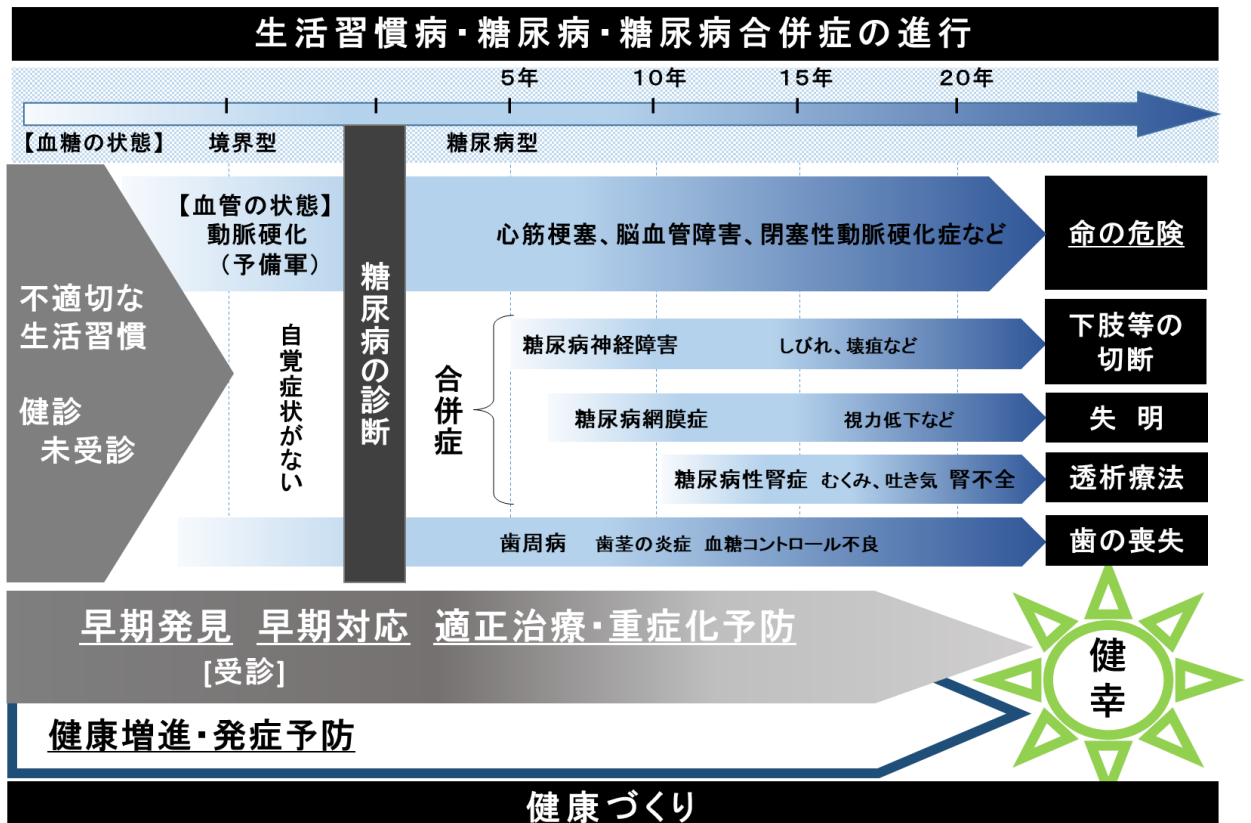
		それぞれの果たす役割	
		糖尿病患者、その疑いのある人	医療機関
	<p>○ それぞれに期待する役割</p> <p>○ 推進する取り組み</p>	<p><b>糖尿病患者</b> <b>糖尿病の疑いのある人</b></p>	<p>① かかりつけ医（一般診療所）</p> <p>② 専門医等による診療を行っている病院</p> <p>③ 歯科診療所</p>
2・健診後の地域保健と医療との連携強化	<p>○ 健診受診後の医療受診勧奨の徹底</p> <p>○ 適正受診支援</p> <p>○ 健診の事後指導の基準と医療の治療の基準の共通理解</p> <p>・ 糖尿病の精査、診断の対応</p> <p>・ 予防的な生活習慣改善への指導</p> <p>○ 服薬中の人や治療中断者への対応</p>	<p>○ 糖尿病の知識を深める。</p> <p>健診結果と生活状況から自分の身体に起こっている変化を理解する。</p> <p>○ 健診を定期的に受診する。</p> <p>○ 健診の結果、受診が必要になった時は、早期に必ず受診する。</p>	<p>① 健診後の受診者に対する対応（日本糖尿病学会糖尿病診断基準に沿った診断、検査）</p> <p>① 地域保健との連携（基準に基づく健診の事後指導や地域の保健指導への協力）</p> <p>① 受診の結果、薬物治療開始とならなかった人に対する指導または市町の相談事業への紹介（将来の糖尿病発症リスクをも考慮し、生活習慣改善を動機付けるよう支援）</p>
3・診療連携の強化	<p>○ 標準的治療の普及</p> <p>慢性合併症予防のための他科との連携</p> <p>・ 糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会）に則した治療の普及</p> <p>・ 地域連携クリティカルパス等の活用</p> <p>○ 各保健医療圏における糖尿病地域医療連携体制の推進</p> <p>○ 医科歯科連携の推進</p> <p>○ 啓発、必要な情報の提供</p> <p>・ 糖尿病患者への診療連携の理解の促進</p> <p>・ 医療従事者への情報提供</p> <p>○ かかりつけ医（一般診療所）での療養指導の充実</p>	<p>○ 定期的な受診の継続</p> <p>○ 治療への理解、良好なコントロール状態を維持し、合併症の発症予防をめざす。</p> <p>○ かかりつけ医を持つことの重要性、病診連携について理解する。</p> <p>○ 「救急医療ネットしが～滋賀県広域災害・救急医療情報システム～」の活用</p> <p>○ 患者会活動などへの参加</p>	<p>① 診断基準を含めたガイドラインの普及</p> <p>・ 学会・研究会・医師会定例会等における情報の収集</p> <p>・ 地域医師会圏内の糖尿病専門病院・医師との連携</p> <p>・ 地域連携クリティカルパス等の積極的利用</p> <p>・ 診療所での栄養指導など、生活指導の強化</p> <p>② 地域医師会の開業医との連携</p> <p>・ 地域連携クリティカルパス等の作成と運用</p> <p>・ 開業医との情報交換の迅速化（メールなどによる情報交換）</p> <p>・ システム化された定期受診システム（眼科・歯科を含めて）</p> <p>② 勉強会の開催</p> <p>①② 病院コメディカルの活用</p> <p>設備・人材の共同活用</p> <p>①② 調剤薬局における服薬指導</p> <p>③ 糖尿病の理解と医科との連携</p> <p>①② 歯周病の理解と歯科との連携</p>
4・療養指導を充実するための人材育成・活用	<p>○ 医師以外の療養指導を行う人材の育成</p> <p>○ 栄養士会、糖尿病療養指導士等と連携した療養指導体制の検討</p> <p>○ 他職種活用を考える医療機関の増加</p>		<p>② 研修会等の開催</p> <p>① 療養指導人材の活用</p> <p>①② 患者への療養指導活用の啓発</p>

それぞれの果たす役割	
関係団体	行政機関等
①県医師会、地域医師会 ②歯科医師会 ③薬剤師会 ④栄養士会 ⑤国民健康保険団体連合会	①市町 ②県・保健所 ③保険者
①診断基準を含めた糖尿病診療ガイドラインの普及  ①地域保健との連携の促進 （基準に基づく健診の事後指導や地域の保健指導への協力）  ⑤特定健診等データ管理システムおよびKDBシステムを活用してのデータ集計、リスト等を国保保険者へ提供、活用支援  ④生活習慣改善指導(栄養指導)への協力	③①受診勧奨・受診支援 健診結果、生活状況から対象者自らが身体に起こっている変化を理解し、納得できる保健指導をして医療につなぐ。 ③①要医療者のうち、未受診者の把握未受診者を確実に把握し、リスクの高い人への受診支援  ③①医療機関から紹介のあった生活習慣改善必要者への指導の実施  ③①服薬者の医療との連携 合併症発症リスクの高い人へ医療と連携した生活習慣改善支援  ③①健診後の受診者の実態把握とニーズの解析 ③①連携推進のための情報の明確化(受診勧奨時の様式等) ③①受診勧奨、支援のための保健師等の資質向上、マンパワー確保 ①特定健診・保健指導の対象とならない人を含めて、市民全体が糖尿病予防、早期発見、早期治療、疾病管理ができるよう生活習慣病対策として、啓発や相談指導を行う。 ②保険者や市町と医療の共通理解を深める場の設置など連携の推進
①診療ガイドラインの普及 ①開業医への啓発: 定例医師会における講演会や 診療ガイドラインの配布等 各地域医師会の実情に即した病診連携体制の 推進  ①診療連携のための支援  ①②医科歯科連携の推進 定例会、研修会等での啓発  ①②③④関係団体合同の意見交換会  ①②③病診連携の必要性について啓発	①③かかりつけ医をもつ適正受診、診療連携についての啓発活動  ②簡便な病診連携の体制構築 紹介システム 病院医療マップの活用 「救急医療ネットしが ～広域災害・救急医療情報システム～」 活用 地域連携クリティカルパス等の活用促進 診療連携のための支援 医療機関の役割分担の実態把握と医療機関・関係団体への 情報提供  ②啓発、情報提供 ・かかりつけ医をもつ適正受診、診療連携についての啓発 ・医療従事者への情報提供
①④他職種活用の促進 糖尿病療養指導士の活用検討 栄養相談の事例報告  ④診療所での栄養指導ができる管理栄養士の育成研修(事例検討会含む) ①診療所での療養指導を行う人材活用の啓発  ⑤保険者の生活習慣病予防対策推進のため、従事者向け保健指導研修会の開催	①②療養指導を行う人材活用についての啓発 ②管理栄養士等の育成支援 圏域における現状と課題の把握、検討 糖尿病治療ガイド2010の理解を深める研修 標準化した指導資料の作成等(保健師・管理栄養士編) ②事例検討会等を通じた人材育成

### 3. ライフステージにおける市事業



### 4. 生活習慣病・糖尿病・糖尿病合併症の進行



## 5. 用語解説

用語	解説
<b>【ABC】</b>	
BMI	肥満の判定に用いられる体格指数 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) であらわされる 18.5未満を「低体重(やせ)」、18.5以上25未満を「標準」、25以上を「肥満」としている
HbA1c (ヘモグロビン エーワンシー)	健康診査の血液検査項目 過去1～2か月の血糖値の平均を反映する指標で、糖尿病の診断に使われる。赤血球中のヘモグロビンとブドウ糖が結合したもので、血液中のブドウ糖が多いほど値が高くなる。健診直前などの食事の影響を受けないので値にばらつきが少なく、血糖値コントロールするための重要な情報 【参考・特定健康診査における基準】 保健指導判定値：5.6～6.4%、受診勧奨判定値：6.5%以上
<b>【あ行】</b>	
栄養教諭	児童・生徒の栄養の指導および管理をつかさどる教員のこと（学校教育法第37条第13項） 小中学校などにおける食育の推進をめざして平成17年度から配置され、草津市では平成20年度から配置されている
<b>【か行】</b>	
健康推進員	市長による委嘱を受け、主に自分の住む地域を担当し、健康づくりの担い手として活動しているボランティアのこと
健康寿命	健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間 健康寿命の主な指標としては、①「日常生活に制限のない期間の平均」、②「自分が健康であると自覚している期間の平均」、③「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」がある
健康増進法	国民の健康づくりや疾病予防を積極的に推進するため、制定された法律 国民が生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進につとめなければならないこと等が規定されている
<b>【さ行】</b>	
歯周病	歯と歯茎の間に繁殖する最近に感染し、歯の周りに炎症が起こる病気。炎症が歯茎に限定されているときは歯肉炎、それ以上に進行すると歯周炎(歯槽膿漏)と呼ばれる。
食育	生きるうえでの基本であって、知育、徳育および体育の基礎となるべきもの さまざまな経験を通じて食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てること
身体活動	安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動き
生活習慣病	日常の生活習慣によって引き起こされる病気の総称で、その定義は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に関与する症候群」とされている 脂質異常症、高血圧、糖尿病、肥満、骨粗しょう症、がんなどが代表的 最近では、成人だけの問題ではなく、子どもの時期からの発症が増えている
生活保護受給者健康診査	メタボ予防健康診査(用語解説有り)のうち、医療保険に未加入で、受診時に生活保護を受給している人を対象とした健康診査
<b>【た行】</b>	
「糖尿病が強く 疑われる人」	国民健康・栄養調査において、HbA1cの測定値がある人のうち、HbA1c値が6.5%以上または、生活習慣調査票の「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことがありますか」に「あり」と回答し、「糖尿病の治療を受けたことがありますか」

	に「過去から現在にかけて継続的に受けている」および「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した人
「糖尿病の可能性を否定できない人」	国民健康・栄養調査において、HbA1cの測定値がある人のうち、HbA1c値が6.0%以上、6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人
適正体重	BMIが標準（18.5以上25未満）の体重
特定健康診査	医療保険者が、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施するメタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査
特定保健指導	医療保険者が、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導 生活習慣病のリスクの高い順から「積極的支援」「動機付け支援」「情報提供」の3つに分け、それぞれに適した保健指導を行う
<b>【は行】</b>	
プレ特定健康診査	メタボ予防健康診査（用語解説有り）のうち、19歳～39歳の、学校・職場で受診機会のない人を対象とした健康診査
フレイル（虚弱）	要介護状態に至る前段階として位置づけられ、加齢に伴い身体の予備能力が低下し、健康障害を引き起こしやすくなった状態のこと
<b>【ま行】</b>	
メタボリックシンドローム	腹囲に脂肪がつく内臓脂肪型肥満に加えて、「高血糖」「高血圧」「脂質異常症」の危険因子のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態これらの危険因子は1つだけでも動脈硬化を招くが、複数の因子が重なることによって互いに影響しあい、動脈硬化が急速に進行する 「メタボリック」は「代謝」の意味
メタボ予防健康診査	「メタボ」とはメタボリックシンドロームの略称 メタボリックシンドローム予防のための健康診査で、市では「プレ特定健康診査」と「生活保護受給者健康診査」（それぞれ用語解説有り）の2つがある
<b>【ら行】</b>	
ロコモティブシンドローム（運動器症候群）	運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態